

Page de garde

Demande de poursuite de la psychothérapie effectuée par un-e psychologue au-delà de la 30^e séance

La fourniture de documents complémentaires n'est pas obligatoire lorsque la ou le médecin prescripteur est également spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents ou possède un titre de formation approfondie interdisciplinaire en médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP)*.

Oui, j'ai pris connaissance du rapport de la ou du psychologue-psychothérapeute et je l'accepte.

**champs obligatoires*

Médecin prescripteur

Nom* _____

Adresse* _____

Téléphone* _____

E-mail* _____

RCC ou GLN* _____

Titres de formation de base et de formation postgrade _____

Date* _____

Signature et cachet _____

Patient-e

Nom* _____

Prénom* _____

Date de naissance* _____ Sexe* _____

Assurance* _____

N° d'assuré-e _____

Rue* _____

NPA/lieu* _____

Téléphone* _____

Remarques/compléments

1^e partie : rapport de la ou du psychologue-psychothérapeute

**champs obligatoires*

Patient-e (selon la page de garde)

Nom* _____

Prénom* _____

Psychologue-psychothérapeute

Nom* _____

Institution _____

Adresse* _____

Téléphone* _____

E-mail* _____

RCC ou GLN* _____

Préambule : dans le présent rapport, les informations exigées par la loi doivent être documentées (art. 11b en lien avec l'art. 3b OPAS).

- Brève anamnèse actuelle de la maladie et symptômes au début du traitement (dans les premiers rapports avant la 30^e séance ; à rappeler sommairement dans les rapports de suivi)*
- Évaluation diagnostique (y compris n° CIM)*
- Des traitements antérieurs sont-ils connus ?* Oui Non Inconnu
Si oui, lesquels ? _____
- Type et cadre du traitement actuel*
- Déroulement du traitement jusqu'à aujourd'hui, indication de la poursuite du traitement et objectif*
- Proposition pour la suite de la procédure : fréquence des séances, durée probable, évaluation du pronostic*
- Remarques/compléments

Date*

Signature et cachet de la ou du psychologue-psychothérapeute*

2^e partie : évaluation du cas par la ou le médecin spécialiste

La fourniture de documents complémentaires n'est pas obligatoire lorsque la ou le médecin prescripteur est également spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents ou possède un titre de formation approfondie interdisciplinaire en médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP).

Oui, j'ai pris connaissance du rapport de la ou du psychologue-psychothérapeute et je l'accepte.

**champs obligatoires*

Médecin spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie ou en psychiatrie et en psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent

Nom* _____

Institution* _____

Adresse* _____

Téléphone* _____

E-mail* _____

RCC ou GLN* _____

Patient-e (selon la page de garde)

Nom* _____

Prénom* _____

Préambule : la première partie « Rapport de la ou du psychologue-psychothérapeute » doit être dûment complétée et signée, sans quoi la ou le médecin spécialiste ne pourra pas effectuer d'évaluation du cas.

- Consultation et évaluation par la ou le médecin spécialiste sur la base d'un examen du ou de la patient-e*

Oui Date _____
 Non Motif _____

- Diagnostic (y compris no CIM)*

- Indication thérapeutique donnée* Oui Non
- Évaluation du déroulement/résultats à ce jour/cadre/médication*

- Évaluation « Proposition pour la suite de la procédure (fréquence des séances, durée probable, évaluation du pronostic) »*

- Autres remarques sur le traitement

Date*

Signature et cachet de la ou du médecin spécialiste*